

FACULDADE AVM



MBA EXECUTIVO EM GESTÃO DE PESSOAS

**A COMUNICAÇÃO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMULAÇÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:**

Análise do Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS - InforSUS

Autora: Mariana Esteva Bandeira Ansani

Orientadora: Egle Pires Santos

Brasília/DF
2014

Mariana Esteva Bandeira Ansani

**A COMUNICAÇÃO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMULAÇÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:**

Análise do Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS - InforSUS

Monografia apresentada à Faculdade AVM como requisito
parcial para obtenção do título de especialista em MBA
Gestão de Pessoas.

Orientadora: Egle Pires Santos

Brasília/DF
2014

Mariana Esteva Bandeira Ansani

**A COMUNICAÇÃO E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMULAÇÃO DE
POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:**

Análise do Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS - InforSUS

Monografia apresentada à Faculdade AVM como requisito
parcial para obtenção do título de especialista em MBA
Gestão de Pessoas.

Orientadora: Egle Pires Santos

Aprovado em __/__/__

Banca Examinadora

Prof. Egle Pires Santos

Brasília/DF
2014

Aos meus amados pais, pela base familiar e exemplo de profissionais competentes. À minha irmã, melhor amiga, presente em todos os momentos. Ao meu namorado Rafael, pelo apoio constante.

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço à minha família, namorado e amigas pelo incentivo e compreensão durante estes meses de estudo e perseverança. Aos tutores, pelo conhecimento transmitido. Agradeço também aos meus antigos colegas de trabalho, especialmente ao Waldir, pela disposição e apoio.

E finalmente, a todos aqueles que estiveram presentes direta ou indiretamente nesta caminhada.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso analisou o processo de comunicação entre as esferas de poder no âmbito do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) e sua relação com a formulação de políticas públicas para a saúde no Brasil. Foram utilizados métodos de pesquisa baseados em consultas bibliográficas e documentais, a fim de apresentar fundamentação teórica e conhecimento mais específico da área de gestão de pessoas na saúde. Concluiu-se que, a comunicação exerce papel fundamental para o processo de proposição e desenvolvimento de políticas públicas, neste caso, o eficaz gerenciamento e troca de informações entre os estados, os municípios e o Ministério da Saúde propiciam conhecimento sobre as necessidades de determinada localidade e, conseqüentemente, melhor gestão e ações mais adaptadas, contribuindo para o sistema de saúde como um todo. Todavia, também se observou a pouca e inadequada utilização dos sistemas de informação por parte dos gestores municipais e estaduais, comprometendo um dos componentes do programa (Componente IV), já que são os próprios gestores que fazem a inserção dos dados nos sistemas.

Palavras-chave: Comunicação organizacional, Políticas públicas de saúde, Sistemas de informação.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	15
Figura 2	18
Figura 3	20
Figura 4	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 CAPÍTULO I - REVISÃO DE LITERATURA	10
2.1 Saúde Pública Brasileira: histórico	10
2.2 Visão internacional: Sistemas de saúde inglês, norte-americano e colombiano	11
2.3 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) – Ministério da Saúde	13
2.4 Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação (ProgeSUS)	16
2.5 Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS)	18
2.6 Formulação e gestão de políticas públicas de saúde	21
2.7 Comunicação organizacional	23
3 CAPÍTULO II – MODELO DE PESQUISA	28
3.1 Objetivos	28
3.1.1 <i>Objetivo Geral</i>	28
3.1.2 <i>Objetivos Específicos</i>	29
4 CAPÍTULO III - MÉTODO	30
4.1 Amostra	30
4.2 Instrumentos	30
4.3 Procedimento de coleta de dados	31
4.4 Procedimento de análise de dados	31
5 CAPÍTULO IV – RESULTADOS	32
6 CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	33
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35
ANEXOS	37

1 INTRODUÇÃO

Este estudo de caso pretende analisar a relação entre a utilização da comunicação e a proposição de políticas públicas e ações de gestão de pessoas na área da saúde, limitando-se à esfera do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), mais especificamente ao Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS), ferramenta utilizada para estabelecer esse processo de comunicação.

Segundo a cartilha “Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS” (Ministério da Saúde, 2006), o referido programa, desenvolvido pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde, tem o objetivo de “propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, modernização e profissionalização da gestão do trabalho e da educação nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde”.

O ProgeSUS baseia-se justamente na necessidade de interação e compartilhamento entre os interesses dos usuários e trabalhadores, também representados pelos próprios gestores locais, que possuem uma visão mais detalhada dos recursos e carências de sua respectiva localidade, contribuindo assim para o repasse legítimo das informações e de sua adequação às políticas do ProgeSUS.

Para contextualizar a saúde pública brasileira, é apresentado um breve histórico desde a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp) até o estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), além de um panorama internacional do sistema de saúde de alguns países. Depois, são situados a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), suas competências e seus departamentos, dentre eles, o Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), responsável pelo InforSUS. Em seguida, são analisados aspectos relativos ao processo de formulação de políticas de saúde, bem como seu paralelo com a comunicação, utilizando-se para isso, uma revisão bibliográfica dos principais autores da área de comunicação organizacional.

Por fim, é feita uma análise do programa, do ponto de vista da comunicação, seguida pela proposição de estratégias para melhor aproveitamento das informações disponíveis e pelas considerações finais.

Afinal, qual é a relação existente entre o gerenciamento adequado das informações e a gestão dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde – SUS?

2 CAPÍTULO I - REVISÃO DE LITERATURA

Este primeiro capítulo expõe a revisão de literatura do tema estudado, a qual constitui o marco teórico desta pesquisa. A pesquisa tem como finalidade analisar como se estabelece o processo de comunicação entre as esferas de poder (federal, estadual e municipal) no âmbito do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) e suas contribuições para a formulação de políticas públicas para a saúde no país.

2.1 Saúde Pública Brasileira: histórico

A trajetória da saúde pública no Brasil teve início com a chegada da Corte Portuguesa, em 1808. Porém, sua institucionalização somente ocorreu em 25 de julho de 1953, por meio da Lei nº 1.920, que criou o então Ministério da Educação e Saúde Pública (Mesp), ao qual cabia a assistência à saúde dos chamados “pré-cidadãos”: pobres, desempregados e trabalhadores informais, ou seja, os que não possuíam a garantia da assistência médica previdenciária (BRASIL, 2007, p. 22).

Durante o período militar (1964-1984), as ações em saúde pública ficaram caracterizadas pela “hegemonia de uma burocracia técnica que atuava no sentido da mercantilização crescente da saúde” (BRASIL, 2007, p. 24) e por reformas institucionais que agravaram ainda mais a situação da população, como a unificação dos Ministérios da Saúde e Previdência, centralizando em um único órgão a gestão de benefícios previdenciários (pensão e aposentadoria) e a assistência médica aos trabalhadores formais.

No final da década de setenta, com o sistema econômico militar em crise e a população sofrendo com o desemprego, os movimentos sociais começaram a se articular - comandados principalmente pelas categorias de profissionais da saúde – e a reivindicar soluções para os problemas enfrentados pela população. Surge, então, o movimento sanitário brasileiro que, em 1985, com o fim do regime militar e o advento da Nova República, assume papel de liderança em instituições-chave no país.

Posteriormente, em 1988, com a conclusão do processo constituinte e a promulgação da Constituição Federal (ANEXO A) foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), como

consequência das ações de “sanitaristas, gestores e políticos comprometidos com a reforma do sistema vigente” (BRASIL, 2007, p. 14). O SUS reconhece a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988), constituído por políticas públicas que cuidam da promoção, proteção e recuperação da saúde dos brasileiros, baseadas nas diretrizes da descentralização, no atendimento integral e na participação da comunidade. Esse sistema é visto como a maior política de inclusão social já implementada no Brasil e “representa em termos constitucionais uma afirmação política do compromisso do Estado brasileiro para com seus cidadãos” (BRASIL, 2007, p. 14).

Tendo em vista a diretriz do SUS que prega o processo de descentralização de atribuições entre as diferentes esferas de governo (União, estados/Distrito Federal e municípios), tornou-se necessária a criação da Lei nº 8.080/90, chamada Lei Orgânica da Saúde, que estabelece as competências atribuídas à direção do SUS em cada esfera.

2.2 Visão internacional: Sistemas de saúde inglês, norte-americano e colombiano

Justifica-se, além da contextualização histórica do sistema de saúde brasileiro (tratado no capítulo anterior), uma breve abordagem sobre os sistemas de saúde inglês, norte-americano e colombiano, pois representam diferentes modelos de gestão, os quais serviram de base para o desenvolvimento de sistemas de outros países.

O Sistema Nacional de Saúde inglês (*National Health Service – NHS*) foi criado em 1946, financiado por “impostos gerais arrecadados pelo Estado” (ALMEIDA, 2008, p. 901) e com os seguintes princípios básicos: universalidade, solidariedade e atenção integral. Segundo Célia Almeida, “é considerado paradigmático por ser o primeiro sistema nacional de saúde público no mundo capitalista ocidental” (ALMEIDA, 2008, p. 901).

De acordo com a autora, o sistema público de saúde inglês

[...] é estruturado em dois grandes blocos: a atenção básica, prestada pelos médicos generalistas (*general practioners – GPs*), que funciona como porta de entrada no sistema, isto é, todo cidadão deve se inscrever com um GP localizado próximo à sua área de moradia; e a atenção especializada e hospitalar, para cujo acesso é necessário o

encaminhamento de um GP, exceto em casos de urgência ou emergência (ALMEIDA, 2008, p. 901).

Por sua vez, o Sistema de Saúde norte-americano é baseado no modelo de gestão chamado “atenção gerenciada” ou “atenção administrada” (*managed competition*). Esse conceito elaborado pelo economista Alan Enthoven, em 1978, foi utilizado como “modelo de seguro nacional de saúde para os Estados Unidos” (ALMEIDA, 2008, p. 896). Trata-se de uma

reatualização dos planos de saúde de pré-pagamento que se propõem a fornecer assistência médica a grupos específicos através da negociação prévia de pagamento *per capita* e pacotes assistenciais. É uma forma de administração da atenção médica voltada fundamentalmente para o controle da utilização de serviços, que abrange tanto o lado da oferta quanto o da demanda, e pretende articular prestação e financiamento ao mesmo tempo que contém por meio de medidas reguladoras da relação médico-paciente. Privilegia o atendimento básico, a ‘porta de entrada’ através da obrigatoriedade de passagem pelo médico generalista, pretende diminuir o acesso à atenção especializada e hospitalar e controla rigidamente a atuação profissional segundo parâmetros de prática médica definidos pela empresa seguradora (protocolos de atenção), basicamente centrados nos custos dos procedimentos (ALMEIDA, 2008, p. 897 e 898).

Como visto, a atenção gerenciada privilegia a redução dos custos da cobertura de seguros privados, pois, além de controlar a utilização e a demanda por procedimentos médicos de alto custo - protocolos de atenção, mencionados acima - extingue os pagamentos por serviços unitários, substituindo-os pelo pagamento *per capita*. Porém, esse modelo de gestão não obteve êxito pleno em sua implementação nos Estados Unidos, devido ao alto investimento requerido e aos conflitos gerados pela gama de interesses.

Já o Sistema de Saúde colombiano, também chamado de “pluralismo estruturado”, foi balizado nas ideias tanto do sistema de saúde inglês quanto do norte-americano, tornando-se assim referência para os demais países latino-americanos. O pluralismo estruturado é regido pelos princípios da universalidade, solidariedade e eficiência, “através da busca de meios de sustentação financeira e pluralidade de agentes públicos e privados para assegurar a provisão de serviços” (ALMEIDA, 2008, p. 906).

Esse modelo pretende “ampliar a cobertura populacional, numa perspectiva universal, e melhorar a qualidade de atenção, superando as desigualdades” (ALMEIDA, 2008, p. 906). Sua

principal diferenciação em relação ao modelo norte-americano é o caráter público do financiamento, através da “ideia de seguro nacional de saúde (contribuição compulsória para os que podem pagar e subsídios para os setores mais pobres)” (ALMEIDA, 2008, p. 906 e 907).

Ainda segundo a autora,

[...] a grande complexidade do sistema, somada às deficiências do próprio modelo e à falta de capacidade de implementação e de regulação do Estado, transforma-se numa equação difícil de resolver, colocando em risco a viabilidade de sustentação do sistema no médio prazo. Apesar desses resultados preocupantes, o **modelo do pluralismo estruturado foi recomendado para a região latino-americana** como o mais efetivo para o alcance de melhores níveis de eficiência e equidade nos sistemas de saúde (ALMEIDA, 2008, p. 911, grifo do autor).

Assim, estabelecendo uma comparação entre os sistemas de saúde citados acima e o Sistema Único de Saúde (SUS), nota-se que o Brasil possui um modelo diferenciado de gestão da saúde pública, embora o princípio da universalidade esteja presente também nas políticas de saúde inglesa e colombiana. Essa diferenciação do SUS deve-se, principalmente, ao seu caráter descentralizado de gestão, mencionado no capítulo anterior, e garantido através da autonomia político-administrativa, que atribui competências não só à União, mas aos estados, municípios e Distrito Federal (BRASIL, 1990).

Outra característica bastante representativa, vinculada inclusive a esse princípio da responsabilização das esferas de governo, é a importância da descentralização dos serviços aos municípios, já que, ninguém melhor que os gestores municipais, em contato direto com as necessidades da população, para administrar a oferta dos serviços de saúde e a assistência aos habitantes.

2.3 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) – Ministério da Saúde

Dentre as competências comuns à União, estados, Distrito Federal e municípios, instituídas pela “Lei Orgânica da Saúde”, estão a de “participar na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde” (BRASIL, 1990).

Assim, em 2003, com o intuito de atender a essa determinação legal e observando a importância estratégica crescente do profissional do SUS para o desenvolvimento da saúde como um todo, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde. Essa iniciativa permitiu ao Governo Federal dispor de uma estrutura organizacional central reconhecida para a formulação de políticas públicas e diretrizes gerais a respeito do trabalho e da educação na saúde.

A SGTES é composta por três departamentos (organograma apresentado na figura 1): Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), que atua no campo da formação, desenvolvimento profissional e educação permanente dos trabalhadores da saúde; Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS), que promove a elaboração de políticas de gestão e regulação do trabalho em saúde e Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde, ao qual compete planejar, coordenar e avaliar a provisão de profissionais da área da saúde. Tais departamentos, além de promoverem a integração com as demais instâncias do SUS (estadual e municipal), por meio do levantamento, análise e descentralização das informações pertinentes às áreas, também delimitam suas respectivas ações através de avaliações dos perfis adequados para cada demanda (BRASIL, 2006).

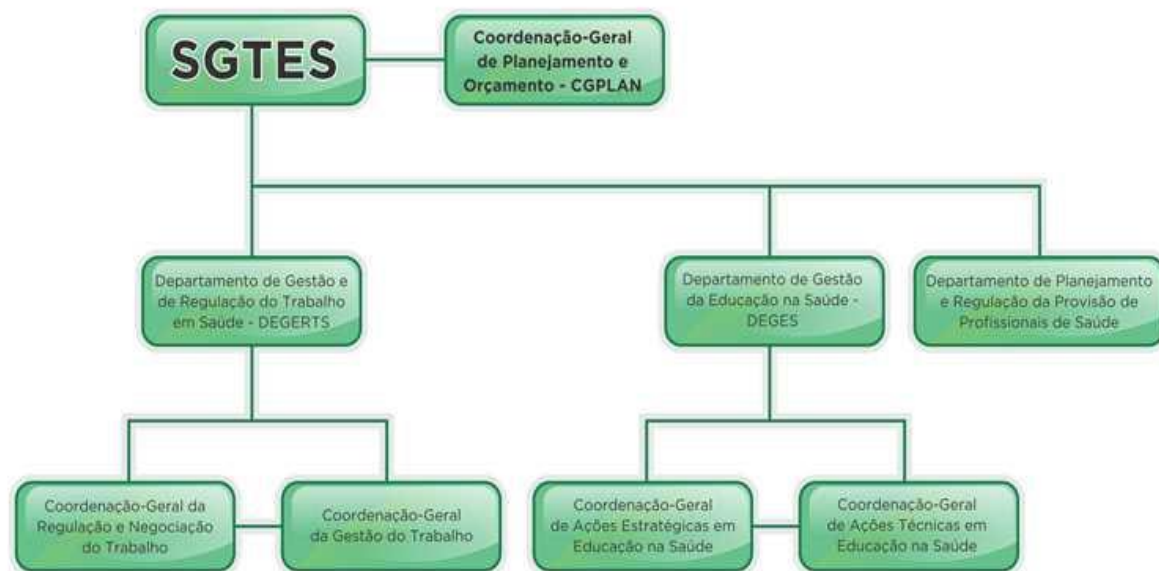


Figura 1: Organograma SGTES

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/234-sgtes-p/sgtes/9344-organograma-sgtes>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

Em 2004, a Secretaria constatou um cenário precário das estruturas de recursos humanos dos estados e municípios e suas deficientes capacidades gestoras nessa área, com base na Pesquisa da Rede Observatório de Recursos Humanos (ROREHS) realizada pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que estudou a capacidade gestora de recursos humanos nas Secretarias de Saúde em municípios com população acima de 100 mil habitantes, e no estudo do CONASS sobre a estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos estados e do Distrito Federal.

Com relação à pesquisa da ROREHS, os principais pontos averiguados foram: falta de planejamento das ações por parte dos dirigentes da área; destes, poucos tem autonomia para a utilização de recursos e contratação de pessoal; inexistência de sistemas gerenciais como ferramentas de suporte à gestão, sendo utilizada a folha de pagamentos como principal fonte de informações e, “dos 206 municípios pesquisados, apenas dezenove têm gestores de Gestão do

Trabalho com qualificação formal por meio de cursos de especialização na área” (BRASIL, 2006, p. 10). Já no estudo do CONASS, verificou-se que

dos problemas identificados, 79% situam-se no campo da gestão do trabalho, tais como, necessidade de contratação de pessoal especializado na área; presença de profissionais pouco qualificados na gestão do trabalho; diversas formas de contratos temporários entre o contingente de saúde; insatisfação geral dos trabalhadores com as carreiras existentes ou, em boa parte, até mesmo ausência de Planos de Carreiras adequados às realidades. Por outro lado, os gestores da área também enfrentam dificuldades referentes à baixa remuneração e/ou à fixação de profissionais de saúde em áreas longínquas e de difícil acesso. (BRASIL, 2006, p. 9)

Nesse contexto, o DEGERTS implementou, por meio da Portaria Ministerial nº. 2.261, de 22 de setembro de 2006, o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS (ANEXO B) que, por meio de cooperação técnica e financeira, promove a melhoria dos processos de trabalho e o fortalecimento das áreas responsáveis pela gestão do trabalho e da educação na saúde das Secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde.

2.4 Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação (ProgeSUS)

O ProgeSUS é formado por quatro componentes, conforme a portaria que o instituiu (BRASIL, 2006):

Componente I: modernização das áreas de gestão do trabalho e da educação das secretarias de saúde, através de financiamento do Ministério da Saúde;

Componente II: disponibilização, por parte do Ministério, de um sistema gerencial de informações para as secretarias que quiserem adotá-lo;

Componente III: capacitação dos profissionais de gestão do trabalho e da educação dos estados e municípios;

Componente IV: participação das secretarias estaduais e municipais de saúde no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS). Esse sistema permite a comunicação entre o Ministério da Saúde, estados, Distrito Federal e municípios, além

de oferecer suporte às ações do campo da gestão do trabalho e da educação na saúde. De acordo com o artigo 2º, parágrafo 2º da portaria,

o InforSUS, instituído e gerenciado pelo Ministério da Saúde e alimentado periodicamente pelos seus participantes, será integrado por um conjunto de dados sobre a gestão do trabalho, definidos pela Comissão Intergestores do ProgeSUS¹ (BRASIL, 2006).

Tratando-se especificamente desse último componente (Componente IV - InforSUS), a necessidade de sua implementação justifica-se principalmente pela criação do documento “Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS” (NOB/RH-SUS), cujo principal objetivo é o de valorizar o trabalho no SUS, por meio de uma gestão de qualidade. Essa norma estabelece que, entre as responsabilidades dos gestores das três esferas (subitem 3.1), está

organizar banco de dados sobre os trabalhadores do SUS e Sistema de Informação e Comunicação da Gestão do Trabalho da respectiva esfera de gestão do SUS para facilitar o planejamento e a avaliação permanentes da capacidade de oferta de serviços e a necessidade de trabalhadores para a realização de ações e serviços de saúde, bem como o controle social da Gestão do Trabalho (BRASIL, 2005, p. 37).

¹ Comissão composta por representantes da SGTES, da Coordenação-Geral de Recursos Humanos (CGRH), do Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS), do CONASS e do CONASEMS (BRASIL, 2006).

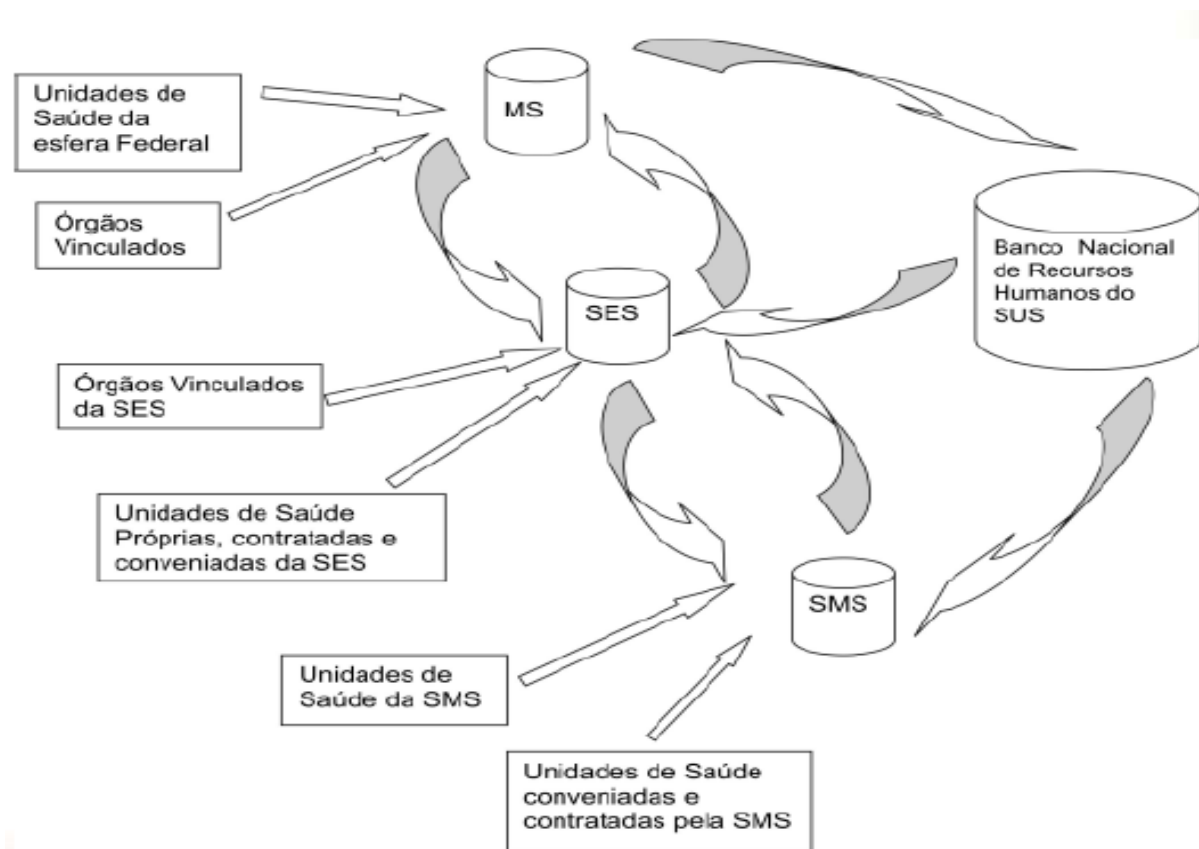


Figura 2: Diagrama de integração entre as instâncias de gestão do SUS

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS – InforSUS. Série Cadernos ProgeSUS 2. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 14.

2.5 Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS)

O InforSUS é capaz de garantir o contínuo aprimoramento e a troca de informações entre as esferas de poder (federal, estadual/distrital e municipal). Essa característica torna-se viável devido à gestão compartilhada do SUS e à capacidade de atualização dos dados pelas secretarias de saúde. Esse processo acontece conforme ilustrado abaixo (BRASIL, 2006):

1º passo: identificação e padronização dos dados, facilitando a atribuição de significados às informações;

2º passo: operacionalização do sistema, através da geração e coleta de dados para os demais entes federativos;

3º passo: transferência de informações entre as esferas de governo. Cada um dos gestores tem a responsabilidade de “agregar os dados referentes à sua área de abrangência e transmiti-los para o Ministério da Saúde, a fim de ser consolidada a informação em nível nacional, conformando o Banco Nacional de Informações do contingente de trabalhadores do SUS” (BRASIL, 2006, p. 11);

4º passo: retorno das informações coletadas em todo o país, por meio do Banco Nacional de Recursos Humanos do SUS (BNRHSUS), “como parte do conjunto de dados úteis para a tomada de decisão na área de gestão do trabalho em saúde” (BRASIL, 2006, p. 13).

O Sistema é composto por diferentes bancos de dados, fato que possibilita a combinação e a diversidade de informações disponíveis. Esses bancos de dados são utilizados como forma de contextualizar e comparar a situação de um determinado município frente à realidade nacional. São eles (BRASIL, 2006):

CONPROF (Sistema de Dados sobre Conselhos Profissionais): agrupa as principais informações dos conselhos das categorias profissionais da área da saúde, federais e regionais. Por exemplo: legislação, número de inscritos, localização e códigos de ética;

SIG Trabalho (Sistema Gerencial para Gestão do Trabalho em Saúde): sistema que incorpora informações de diversas fontes de pesquisas nacionais. Exemplo: número de empregos e profissionais de saúde;

CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde)²: disponibiliza informações sobre os estabelecimentos de saúde em todas as esferas, bem como suas condições de infraestrutura.

BNRHSUS (Banco Nacional de Recursos Humanos do SUS): conforme visto anteriormente, “é um sistema que coleta em todas as instâncias do SUS, dados sobre os profissionais e seus vínculos de trabalho com o sistema público de saúde e fornece aos gestores um banco de dados com informações agregadas sobre trabalhadores do SUS” (BRASIL, 2006, 18).

² Para mais informações consultar o site: <http://cnes.datasus.gov.br>

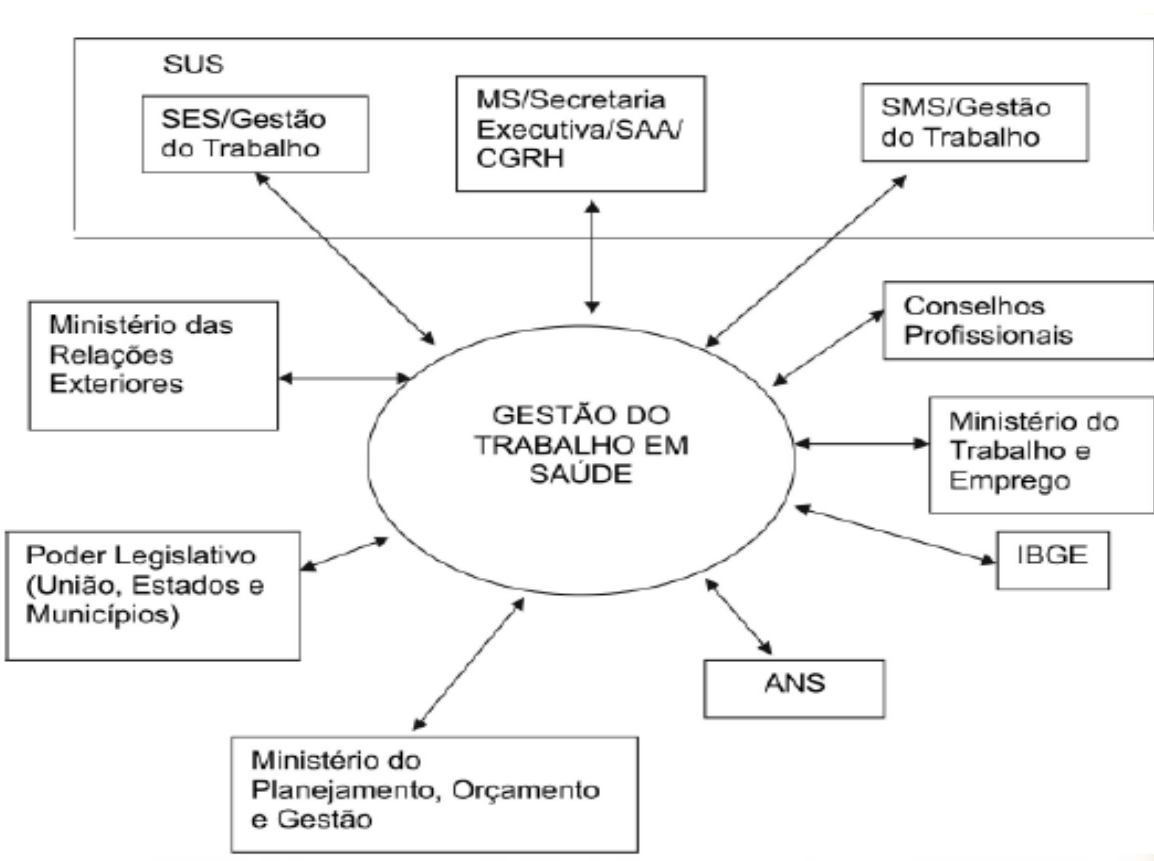


Figura 3: Diagrama de interfaces da gestão do trabalho com outras entidades
 Fonte: BRASIL, 2006, p. 16

Além dos bancos acima citados, há a interação com outras bases institucionais que possuem pertinência temática com a gestão de recursos humanos em saúde ou fornecem elementos complementares que subsidiam as ações da área, formando fluxos de informações importantes entre as seguintes interfaces (BRASIL, 2006):

Poder Legislativo (três esferas): campo de negociação dos Planos de Carreiras, Cargos e Salários e de formalização da regulação do trabalho;

Ministério das Relações Exteriores: normatização da regulação do trabalho internacional;

Ministério do Trabalho e Emprego: há intercâmbio de informações sobre o mercado de trabalho;

Representações patronais e dos trabalhadores;

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão: produção e disponibilização de dados, por meio do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a fim de subsidiar as políticas de gestão do trabalho;

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS): “troca de informações sobre os profissionais de saúde que atuam na saúde suplementar” (BRASIL, 2006, 15).

2.6 Formulação e gestão de políticas públicas de saúde

De acordo com o evidenciado nos capítulos anteriores, é indiscutível a importância das informações para a definição de ações e políticas de saúde. Assim, torna-se relevante compreender o funcionamento do processo de formulação e desenvolvimento dessas políticas.

Segundo definição da Organização Mundial da Saúde (OMS), que aborda justamente a principal proposta do InforSUS (disponibilizar informações que subsidiem futuras ações), políticas públicas de saúde consistem em

um posicionamento ou procedimento estabelecido por instituições oficiais competentes, notadamente governamentais, que *definem as prioridades* e os parâmetros de ação em resposta às necessidades de saúde, aos recursos disponíveis e a outras pressões políticas. (...) Como a maioria das políticas públicas, as políticas de saúde emergem a partir de um processo de construção de suporte às ações de saúde que se sustentam sobre as evidências disponíveis, integradas e articuladas com as preferências da comunidade, as realidades políticas e os recursos disponíveis (WHO³, 1998, p. 10 apud FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 40 e 41, grifo do autor).

O processo de proposição, construção e gestão dessas políticas ocorre da seguinte maneira (FLEURY; OUVÉNEY, 2008):

³ World Health Organization (WHO).

1º) Fixação dos objetivos da política. Esses orientarão tanto o modelo estratégico quanto a alocação dos recursos disponíveis, além de interferirem em sua própria visibilidade política, pois é através do conhecimento desses objetivos que os gestores públicos e a própria sociedade tomarão ciência do conceito e dos referenciais que a regem.

2º) Formulação das estratégias e técnicas utilizadas para a análise das demandas da população e para a construção dos planos de ação. De acordo com Fleury e Ouverney,

[...] o conhecimento das realidades setoriais concretas, e não apenas o projeto de uma situação ideal, é um aspecto essencial para compreender como as políticas de saúde interagem com a realidade, que efeitos causam e como essas realidades afetam a elaboração da política (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 42).

3º) “Desempenho simultâneo de papéis políticos e econômicos diferentes” (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 40). Ou seja, são políticas que extrapolam a área da saúde, gerando implicações também nos campos político e econômico. No âmbito da economia nacional, por exemplo, nota-se que

a política de saúde, por movimentar uma quantidade enorme de recursos financeiros na construção e manutenção de unidades médicas, remuneração de profissionais, produção e distribuição de medicamentos e equipamentos etc, constitui um complexo de produção de bens e serviços que se apresenta como uma parte significativa do sistema da economia de um país (FLEURY; OUVERNEY, 2008, p. 46).

4º) Criação de canais e arenas, a fim de nortear os processos decisórios. Por se tratar de uma política social que envolve diversas instituições, atores políticos e relações de poder, há a necessidade da utilização de canais e arenas como espaços de interlocução entre os envolvidos e de definição de prioridades, como por exemplo, as instâncias colegiadas do SUS (Comissões Intergestores Bipartite, negociação entre municípios e seu gestor estadual, e Comissão Intergestora Tripartite, participação dos gestores nacional, estaduais e municipais), que se justificam pelo caráter descentralizado do sistema de saúde brasileiro.

5º) Agregação de diversos projetos sociais. Assim, tal política é formada por variados projetos, os quais surgem de diferentes grupos de pressão, classes e atores sociais, assimilando, portanto, os interesses peculiares de cada um desses grupos, em prol de questões mais amplas.

6º) Desenvolvimento de marcos institucionais. Tratam-se das normas, leis e estruturas básicas que servem de subsidio para a atuação dos gestores, exemplo, a chamada Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), que dispõe sobre a organização do SUS. “Esse processo é de extrema importância porque fixa os futuros referenciais para a organização da política de saúde, assim como para a ação dos atores [...]” (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 56).

7º) Formação de valores éticos e sociais. Segundo os autores, a política da área de saúde

[...] impulsiona um processo de apropriação, redefinição e produção de significados sociais, na medida em que ela tanto assimila, emprega e redefine significados sociais quanto gera novos conceitos e formas de percepção socioculturais que produzem impactos reais na estrutura social (FLEURY; OUVÉNEY, 2008, p. 59).

2.7 Comunicação organizacional

Comunicação organizacional, segundo Margarida Kunsch, é o “fenômeno comunicacional dentro das organizações no âmbito da sociedade global. Ela analisa o sistema, o funcionamento e o processo de comunicação entre a organização e seus diversos públicos” (KUNSCH, 2003, p. 149). Compõe-se de quatro modalidades de comunicação, que se convergem e atuam de forma integrada - comunicação integrada - (figura 4), a fim de propor estratégias e ações mais abrangentes e eficazes. São elas: comunicação institucional, mercadológica, interna e administrativa.

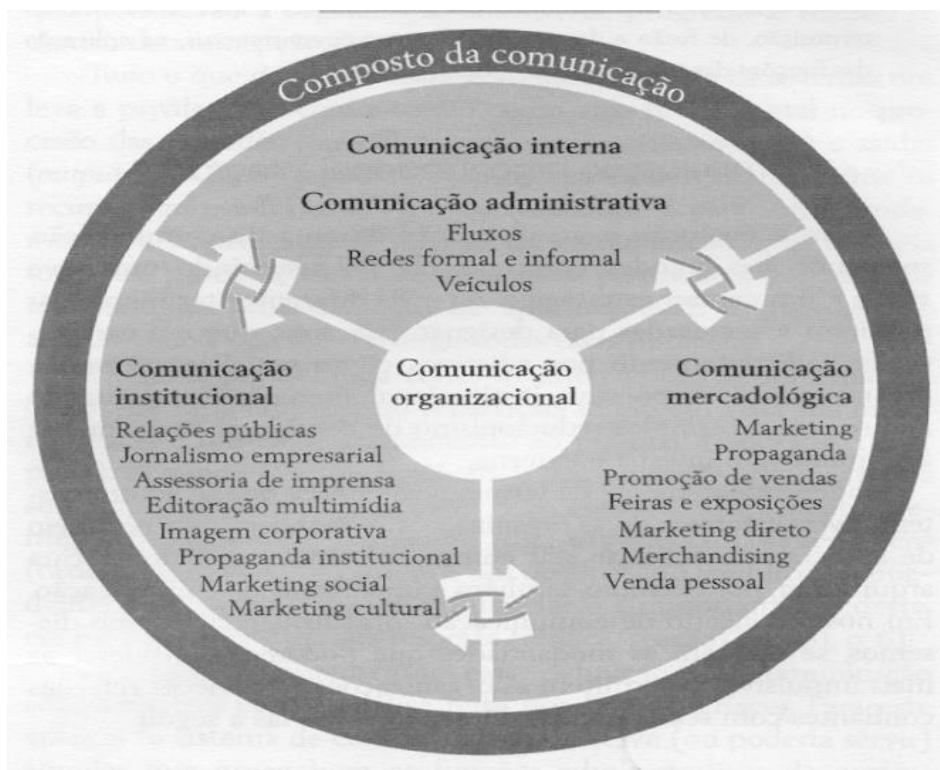


Figura 4: Diagrama da comunicação integrada

Fonte: KUNSCH, Planejamento de relações públicas na comunicação integrada, 2003, p. 151

De acordo com Cândido Teobaldo de Souza Andrade, a comunicação administrativa é o “intercâmbio de informações dentro de uma empresa ou repartição, tendo em vista sua maior eficiência e o melhor atendimento ao público” (ANDRADE, 1996, p. 34).

Kunsch define a comunicação administrativa como “aquela que se processa dentro da organização, no âmbito das funções administrativas; é a que permite viabilizar todo o sistema organizacional, por meio de uma confluência de fluxos e redes” (KUNSCH, 2003, p. 152).

Como complemento das definições acima, Charles Redfield conclui que

a comunicação administrativa se compõem de cinco elementos: um comunicador (locutor, remetente, editor), que transmite (diz, expede, edita) mensagens (ordens, relatórios, sugestões) a um destinatário (público, respondente, audiência), a fim de influenciar o comportamento deste, conforme comprovará sua resposta (réplica, reação) (REDFIELD, 1980, p. 6).

Atualmente, um novo conceito integra toda essa estrutura: a chamada comunicação digital. Trata-se de uma abordagem que também deve estar em conformidade com a estratégia de comunicação da organização, atuando sinergicamente com as demais, e que não se restrinja apenas ao uso de instrumentos tecnológicos isolados. Segundo Elizabeth Saad Corrêa,

pode ser definida como o uso das tecnologias digitais de informação e comunicação, bem como de todas as ferramentas delas decorrentes, para facilitar e dinamizar a construção de qualquer processo de comunicação integrada nas organizações. Falamos, portanto, da escolha daquelas opções tecnológicas disponíveis no ambiente ou em desenvolvimento, cujo uso e aplicação são os mais adequados para uma empresa específica e os respectivos públicos específicos (CORRÊA, 2008, p. 173).

Dessa maneira estrutura-se todo o processo de comunicação no âmbito do ProgeSUS, através do fluxo das informações que circulam entre as organizações e os departamentos envolvidos, integrando-os e criando um relacionamento dinâmico entre os mesmos, favorecendo a gestão estratégica e unificada das políticas de gestão do trabalho no SUS.

De acordo com o livro “Gestão do Trabalho na Saúde” do CONASS,

no atual cenário, onde a informação é a base fundamental para o desenvolvimento institucional, os sistemas de informações gerenciais são instrumentos essenciais à gestão do trabalho, contribuindo para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho (BRASIL, 2007, p. 35).

Na alçada do programa, compete ao InforSUS – sistema composto por redes formais de comunicação - gerenciar esse procedimento, ou seja, “reforçar o sistema de decisões, por meio de um conjunto de informações que sirvam para melhorar padrões e critérios decisórios na organização” (TORQUATO, 2002, p. 55). Acompanhando essa dinâmica, em outra obra, Francisco Gaudêncio Torquato do Rego afirma que

[...] as mensagens são trocadas para obter mútua recompensa, trocar informações úteis ao desempenho de cada emissor em suas respectivas posições, aprender coisas novas para aumentar a própria competência, analisar e resolver problemas, decidir sobre prioridades e alocação de recursos para os setores de trabalho e planejar uma atividade conjunta (REGO, 1986, p. 40).

Segundo Kunsch, tais redes formais são “o conjunto de canais e meios de comunicação estabelecidos de forma consciente e deliberada” (KUNSCH, 2003, p. 82). Essas redes transportam as mensagens por meio de fluxos ascendentes, ou seja, processo “responsável pelo encaminhamento aos níveis superiores da organização, de informações funcionais e operativas que saem das bases, com resultados dos estágios, dos programas, anseios, expectativas e sugestões”. (REGO, 2002, p. 54)

Porém, essa movimentação de informações algumas vezes sofre interferência das chamadas barreiras na comunicação. Kunsch as define como “problemas que interferem na comunicação e a dificultam. São ‘ruídos’ que prejudicam a eficácia comunicativa” (KUNSCH, 2003, p. 74). Essas barreiras podem ser classificadas de várias maneiras: pessoais; administrativas/burocráticas; excesso e sobrecarga de informações e informações incompletas e parciais.

Dentre essas, as que influenciam sobremaneira a eficiência do InforSUS são o excesso de informações e as barreiras administrativas/burocráticas, que “decorrem das formas como as organizações atuam e processam suas informações” (KUNSCH, 2003, p. 75). Tais barreiras podem ser ocasionadas pela maneira com que os gestores identificam e padronizam os dados incluídos nos bancos e a própria operacionalização do sistema, ou seja, a coleta, a utilização, a transferência e o retorno das informações, conforme representado anteriormente pela figura 2: “Diagrama de integração entre as instâncias de gestão do SUS”, no capítulo 2.5.

Muitas vezes, a própria cultura organizacional pode ocasionar ruídos no processo de comunicação, fato observado no próprio programa, pois, além da pouca participação dos gestores estaduais e municipais nos sistemas, os dirigentes e técnicos do InforSUS não têm o hábito, nem a consciência de que a comunicação é uma ferramenta de extrema importância para tais fins, principalmente no contexto da saúde pública.

Portanto, a comunicação organizacional é reflexo direto do sistema sociocultural adotado pela organização (estrutura hierárquica, processo decisório, motivação dos empregados, liberdade de opinião, integração, redes de comunicação, entre outros). Segundo Francisco Rego,

o mundo que permeia as vontades e os discursos propicia climas mais favoráveis à eficiência comunicativa. Assim é que, há empresas que têm uma sociocultura mais aberta e mais impregnada de espírito participativo. Estas qualificam melhor os interlocutores da comunicação, contribuindo para uma *performance* mais adequada (REGO, 1986, p. 40).

Outro aspecto importante a ser considerado dentro da cultura organizacional de muitas empresas é a fraca comunicação ascendente (da base para a cúpula), que se limita apenas aos relatórios de desempenho e às caixas de sugestões, tornando-se pouco expressiva. Dessa maneira, as informações passam a “correr” lateralmente, propiciando a criação das redes informais de comunicação - decorrem das relações entre os empregados, também chamada de “redes de fofocas” - que, por sua vez, “absorvem grandes quantidades de mensagens ambientais (principalmente em momento de crise), constituindo verdadeiros focos de tensão e alterando os comportamentos normativos” (REGO, 1986, p. 33).

3 CAPÍTULO II – MODELO DE PESQUISA

Justifica-se a escolha do referido tema, pois, além de abordar um assunto referente à saúde nacional, garantido como direito de todos e dever do Estado, ainda é pouco explorado no âmbito da comunicação. Há estudos e pesquisas que tratam da parte institucional da própria Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), ou seja, da gestão do trabalho e da educação na saúde, dando ênfase principalmente aos projetos desenvolvidos e às competências da Secretaria, sempre com o viés da saúde pública. Porém, poucos abordam o processo de comunicação existente entre as três esferas de poder. “O planejamento e a gerência de informações talvez sejam as áreas menos desenvolvidas na gestão do trabalho do SUS” (BRASIL, 2007, p. 269).

Essa gestão da informação é de grande importância, pois dá suporte a todos os projetos da Secretaria, reflete o funcionamento e a interação dessa estrutura organizacional, serve como indicador da eficiência na distribuição e no fluxo das informações e avalia se realmente todos os elementos são aproveitados.

Outro ponto relevante é que esse processo de aproveitamento das informações interfere diretamente na eficácia das ações propostas e implementadas pelo ProgeSUS, visto que são informações que servem de base para a proposição de políticas públicas para a área da saúde. “Os sistemas de informações gerenciais são instrumentos essenciais à gestão de pessoas contribuindo para os processos de planejamento, monitoramento, desenvolvimento e avaliação da força de trabalho” (BRASIL, 2007, p. 269).

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo Geral

Analisar como se estabelece o processo de comunicação entre as esferas de poder (federal, estadual e municipal) no âmbito do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão

do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS) e suas contribuições para a formulação de políticas públicas para a saúde no país.

3.1.2 Objetivos Específicos

- Contextualizar o sistema público de saúde brasileiro;
- Analisar como se desenvolve o processo de estruturação das políticas públicas para saúde no Brasil;
- Analisar o fluxo das informações que compõem o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS), bem como seus principais bancos de dados;
- Avaliar como são utilizadas as informações do InforSUS na formulação das ações do ProgeSUS;
- Analisar os procedimentos adotados pela SGTES após a obtenção dessas informações;
- Recomendar estratégias de comunicação visando ao melhor aproveitamento das informações.

4 CAPÍTULO III - MÉTODO

Como método para a realização deste trabalho, foi utilizada a pesquisa qualitativa, pois, trata-se de uma abordagem mais aprofundada do tema em questão, sendo mais importante a análise do processo e não dos resultados propriamente ditos. “A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado” (MINAYO, 1999, p. 21).

4.1 Amostra

Foram realizadas entrevistas no âmbito da própria Secretaria, mais especificamente no Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS). Os entrevistados foram divididos em algumas categorias, de acordo com o cargo/função:

- Diretoria do DEGERTS: possui uma visão ampla e política sobre a questão;
- Técnicos do DEGERTS: apresentam uma visão mais técnica e específica a respeito da gestão de recursos humanos na área de saúde;
- Consultores e Coordenadores do ProgeSUS: possuem conhecimento mais aprofundado do Programa;
- Técnicos da Rede Observatório de Recursos Humanos na Saúde: grande conhecimento na área de pesquisa e levantamento de informações sobre o trabalho no SUS.

Além disso, por meio da pesquisa documental, comparei alguns dados e informações repassadas pelos estados e municípios (através dos sistemas do InforSUS) com os resultados das ações desenvolvidas, de acordo com suas respectivas necessidades, a fim de analisar se há ou não relação entre eles; também analisei os gráficos e tabelas com demonstrativos dos resultados do Programa e as conclusões do Seminário de Planejamento e Avaliação do ProgeSUS I.

4.2 Instrumento

Foram feitas entrevistas não estruturadas com coordenadores e técnicos do DEGERTS.

4.3 Procedimento de coleta de dados

As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram a pesquisa ampla por meio de entrevistas gravadas com a anuência dos entrevistados e as pesquisas documental (documentos internos, cartilhas, pareceres, ofícios, entre outros) e bibliográfica (livros, artigos, periódicos).

4.4 Procedimento de análise de dados

O referencial para a análise de dados teve como base o método indutivo, no qual parte-se da análise da situação específica para a geral. Segundo Cervo e Bervian, o método indutivo “é, antes de mais nada, forma de raciocínio ou de argumentação e, como tal, é forma de reflexão, e não de simples pensamento” (CERVO; BERVIAN, 2002, p. 31).

Conforme Ferreira (1998), o método indutivo define suas regras e etapas a partir de dois pressupostos:

- Determinadas causas produzem sempre os mesmos efeitos, sob as mesmas circunstâncias e determinações;
- A verdade observada em situações investigadas, torna-se verdade para toda situação universal correspondente.

5 CAPÍTULO IV – RESULTADOS

Os sistemas que integram o InforSUS ainda são pouco utilizados pelos gestores das esferas municipais, distrital e estaduais de saúde, tornando o processo de comunicação pouco eficaz, tendo em vista que o mesmo se estabelece através do intercâmbio das informações entre essas esferas de poder.

Também não há nenhuma ação formalizada e estruturada para o devido aproveitamento dessas informações, ou seja, não existem encontros previamente programados para se discutir as variáveis, eles são agendados de acordo com o interesse dos gestores.

De acordo com Waldirlando Rosas Lemos, técnico responsável pelos sistemas de informação que compõem o ProgeSUS, em entrevista concedida na coleta de dados para a elaboração deste estudo, “caso seja demandado e haja necessidade de informações mais completas, além do acesso aos próprios sistemas, há disponibilidade do envio das informações no formato solicitado”.

6 CAPÍTULO V - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Tendo em vista os resultados apresentados no capítulo anterior, quanto à utilização dos sistemas do InforSUS, é fundamental a criação de um canal de comunicação exclusivo para treinar e orientar os gestores, solucionar dúvidas quanto ao teor dos dados inseridos nos bancos de dados, além de incentivar a constante participação e atualização das informações, a fim de adaptar as ações às demandas da localidade.

A respeito do suporte operacional e do manuseio desses sistemas, podem ser desenvolvidas parcerias com empresas provedoras de *internet* nos municípios que ainda não fazem parte do programa. Elas repassariam as orientações do Departamento de Informação e Informática do SUS (DataSUS) aos responsáveis técnicos da localidade.

Outra proposta que beneficiaria a disseminação das informações seria a realização de reuniões mensais ou bimestrais (variando de acordo com a oferta de novas informações) com os dirigentes do DEGERTS, para formalizar a discussão relativa aos dados obtidos pelo InforSUS, e também com representantes de outros órgãos e entidades vinculados ao assunto para a troca de experiências.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de caso apresentado analisou o processo de comunicação existente entre as esferas de poder no âmbito do Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS e estabeleceu relação entre esse processo e a proposição de políticas de gestão de pessoas na saúde, destacando a necessidade de uma comunicação efetiva para melhor aproveitamento e maior proximidade entre as ações e as carências de cada município ou estado.

O Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS) foi criado para este fim, ou seja, com o intuito de ser o principal canal para a troca de informações dentro do ProgeSUS. Todavia, não há, por parte dos gestores, a cultura nem o pensamento de valorização da comunicação ou, quando há algum interesse, pouco investimento é dado à área. De tal modo, a real função dessa ferramenta fica comprometida pela pouca participação das esferas municipais e estaduais de saúde na alimentação desses bancos de dados, resultando em um maior distanciamento entre as dificuldades específicas das localidades e a formulação das ações.

A falta de um cronograma para a realização das reuniões e dos encontros dos profissionais envolvidos com o programa compromete a dinamização da comunicação, pois as informações ficam inutilizadas, “paradas” nos bancos de dados até que haja a devida discussão e a problematização sobre as mesmas, não havendo frequência definida, como no caso da Comissão Intergestores do ProgeSUS (CIP), competente e responsável pela definição das estruturas e ações do programa, devendo reunir-se periodicamente, mas que não o faz.

Demonstra-se, dessa forma, que alguns procedimentos e normas estabelecidos para nortear e embasar o programa são pouco aplicados e praticados no dia a dia. Em se tratando de comunicação, há certa contradição entre o que está previsto na legislação e o verdadeiro hábito dos dirigentes, havendo pouca ligação entre objetivos e a realidade do processo de comunicação.

O fator político também interfere na aplicabilidade das diretrizes comunicacionais do ProgeSUS que, por se tratar de um programa desenvolvido por um órgão público, sofre influência política na implementação das ações específicas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. Reforma de Sistemas de Saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 871-922.

ANDRADE, Cândido Teobaldo de Souza. **Dicionário Profissional de Relações Públicas e Comunicação e glossário de termos anglo-americanos**. 2. ed. ver. ampl. São Paulo: Summus, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 5).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1).

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição Federal**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 11 ago. 2014.

BRASIL. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 11 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RHS-SUS)**. 3. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS – ProgeSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Cadernos ProgeSUS, 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS – InforSUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Cadernos ProgeSUS, 2).

BRASIL. Portaria nº 2261 de 22 de setembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2006. Disponível em:

<ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2006/iels.setembro.06/iels184/U_PT-MS-GM-2261_220906.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2014.

CERVO, Amado L.;BERVIAN, Pedro A. **Metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CORRÊA, Elizabeth Saad. Comunicação Digital e seus Usos Institucionais. In: KUNSCH, Margarida Maria Krohling (Org.). **Gestão Estratégica em Comunicação Organizacional e Relações Públicas**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editoria, 2008. p. 169-184.

FERREIRA, R. A. **A pesquisa científica nas ciências sociais**: caracterização e procedimentos. Recife, PE: UFPE, 1998.

FLEURY, Sônia; OUVENERY, Assis Mafort. Política de Saúde: uma política social. In: GIOVANELLA, Lígia et al (Org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.

KUNSCH, Margarida Maria Krohling. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. Ed. rev. atual. e ampl. São Paulo: Summus, 2003. (Novas buscas em comunicação, v. 69).

LE MOS, Waldirlando Rosas. **Waldirlando Rosas Lemos**: depoimento [jun. 2014]. Entrevistadora: Mariana Esteva Bandeira Ansani. Brasília: Edifício Sede – Ministério da Saúde, 2014. Entrevista concedida para realização do Trabalho de Conclusão de Curso.

REDFIELD, Charles E. **Comunicações Administrativas**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1980.

REGO, Francisco Gaudêncio Torquato do. **Comunicação empresarial, comunicação institucional: conceitos, estratégias, sistemas, estrutura, planejamento e técnicas**. São Paulo: Summus, 1986. (Novas buscas em comunicação, v. 11).

TORQUATO, Gaudêncio. **Tratado de comunicação organizacional e política**. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

ANEXO A – Constituição Federal



Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DE 1988

TÍTULO VIII

Da Ordem Social

CAPÍTULO II

DA SEGURIDADE SOCIAL

Seção II

DA SAÚDE

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1º pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I – os percentuais de que trata o § 2º; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 4º Os gestores locais do sistema único de saúde poderão admitir agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a

natureza e complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação. .(Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

§ 5º Lei federal disporá sobre o regime jurídico, o piso salarial profissional nacional, as diretrizes para os Planos de Carreira e a regulamentação das atividades de agente comunitário de saúde e agente de combate às endemias, competindo à União, nos termos da lei, prestar assistência financeira complementar aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, para o cumprimento do referido piso salarial. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 63, de 2010) Regulamento

§ 6º Além das hipóteses previstas no § 1º do art. 41 e no § 4º do art. 169 da Constituição Federal, o servidor que exerça funções equivalentes às de agente comunitário de saúde ou de agente de combate às endemias poderá perder o cargo em caso de descumprimento dos requisitos específicos, fixados em lei, para o seu exercício. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 51, de 2006)

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º - A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

ANEXO B – Portaria nº 2.261 de 22 de Setembro de 2006

PORTARIA Nº 2.261 DE 22 DE SETEMBRO DE 2006

Institui o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINO, no uso de suas atribuições, e

Considerando o papel do Ministério da Saúde de formulador de políticas orientadoras da gestão, da formação, da qualificação e da regulação do trabalho no âmbito do serviço público de saúde;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde para propor diretrizes organizacionais e oferecer ferramentas, suporte e mecanismos para a organização, a modernização e a profissionalização da gestão do trabalho e da educação na saúde, para as demais instâncias gestoras do SUS;

Considerando a fragilidade dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de diversas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, indicadas pelas pesquisas realizadas, em 2004, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e pela Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (ROREHS-MS);

Considerando o reconhecimento das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde como estratégicas para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a necessidade de estruturação, de promoção da melhoria dos processos de trabalho e de fortalecimento de setores, unidades ou órgãos responsáveis pela gestão de recursos humanos em saúde, nos estados, no Distrito Federal e nos municípios;

Considerando a atribuição do Ministério da Saúde de propor e incentivar a formulação de políticas de gestão do trabalho para as demais esferas de governo; e

Considerando as diretrizes relativas à gestão do trabalho e da educação na saúde, expressas no Pacto de Gestão do SUS, e à aprovação da instituição do Programa, em reunião da Comissão Intergestores Tripartite do dia 25 de maio de 2006,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho e da Educação no SUS (ProgeSUS), para colaborar técnica e financeiramente com a execução de projetos voltados ao fortalecimento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios.

Art. 2º O ProgeSUS tem os seguintes componentes:

I - componente I: financiamento para a modernização dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios por meio da aquisição de mobiliário e de equipamentos de informática;

II - componente II: disponibilização, pelo Ministério da Saúde, de Sistema de Informação Gerencial para o Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde que desejarem adotá-lo;

III - componente III: capacitação de equipes dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde de Secretarias de Saúde de Estados, do Distrito Federal e de Municípios; e

IV - componente IV: participação no Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS (InforSUS).

§ 1º O financiamento de que trata o inciso I não se destina à aquisição de computadores portáteis.

§ 2º O InforSUS, instituído e gerenciado pelo Ministério da Saúde, e alimentado periodicamente pelos seus participantes, será integrado por um conjunto de dados sobre a gestão do trabalho, definidos pela Comissão Intergestores do Programa (CIP).

Art. 3º O componente I do ProgeSUS será disponibilizado nas seguintes etapas:

I - 1ª etapa: para estados, Distrito Federal e capitais;

II - 2ª etapa: para municípios que tenham mais de 1.000 postos de trabalho público em saúde, conforme o Anexo I;

III - 3ª etapa: para municípios que tenham entre 500 e 1.000 postos de trabalho público em saúde, conforme o Anexo II; e,

IV - 4ª etapa: para municípios que tenham menos de 500 postos de trabalho público em saúde.

§ 1º O número de postos de trabalho público em saúde dos municípios citados nos incisos II a IV tem por base a pesquisa IBGE/AMS, realizada em 2002.

§ 2º Em cada etapa, o Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde publicará edital convocando as Secretarias de Saúde a apresentar projetos voltados ao fortalecimento de seus Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, fixando os necessários prazos, o valor máximo do financiamento e os critérios de aprovação e classificação, os desta, exclusivamente, para a 4ª etapa.

§ 3º O edital de convocação será disponibilizado no sítio www.saude.gov.br/degerts, a partir da data da publicação do seu extrato no Diário Oficial da União.

§ 4º As etapas de que tratam os incisos I a IV poderão ser executadas concomitantemente.

Art. 4º Para participar do componente I do ProgeSUS, os estados, o Distrito Federal e os municípios deverão observar os seguintes requisitos:

I - possuir Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde na própria estrutura organizacional da Secretaria de Saúde ou comprometer-se a inseri-lo em prazo certo, especificado no próprio Projeto;

II - possuir área física adequada para o Setor nas dependências da própria Secretaria de Saúde, funcionando com equipe específica, ou comprometer-se a instalá-lo em prazo certo, especificado no próprio Projeto;

III - aderir aos componentes III e IV do ProgeSUS; e,

IV - atender às demais exigências previstas em normas que regulem o repasse de recursos para o financiamento do Sistema Único de Saúde.

Art. 5º Para participar exclusivamente dos componentes II e/ou III do ProgeSUS, os estados, o Distrito Federal ou os municípios deverão encaminhar sua solicitação diretamente à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), do Ministério da Saúde.

§ 1º O deferimento da solicitação dependerá da observância dos seguintes requisitos:

I - para o componente II:

a) existência de equipamentos de informática com configuração adequada às exigências do Sistema de Informação Gerencial; e,

b) disponibilização de profissional do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde para ser capacitado a operar o Sistema de Informação Gerencial;

II - para o componente III:

a) disponibilização de profissional do Setor para participar de processo de capacitação; e

b) atendimento das exigências metodológicas do processo de capacitação oferecido.

§ 2º Em relação ao inciso II, o atendimento da solicitação observará o previsto em portaria específica, expedida pelo Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Art. 6º Os projetos deverão ser encaminhados à SGTES, contendo:

I - o Plano de Estruturação do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Secretaria de Saúde; e,

II - o Plano de Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde da Secretaria de Saúde.

Art. 7º O Plano de Estruturação do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde deverá conter:

I - justificativa;

II - objetivos (geral e específico);

III - planejamento das ações estruturantes; e,

IV - Planilha de Custo.

Parágrafo único. A Planilha de Custo deverá apresentar o valor total do projeto, no que se refere ao Componente I do ProgeSUS, detalhando os itens de mobiliário e de equipamentos de informática que serão adquiridos.

Art. 8º O Plano de Qualificação da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde deverá conter:

I - justificativa;

II - objetivos (geral e específico); e,

III - planejamento das ações de qualificação.

Parágrafo único. O Plano deverá apresentar as ações necessárias ao enfrentamento das principais dificuldades encontradas no campo da gestão, da negociação e da educação na saúde, e os seus respectivos prazos de execução.

Art. 9º Os projetos deverão ser encaminhados juntamente com os seguintes documentos:

I - ofício assinado pelo gestor de saúde (Anexo III);

II - declaração de adesão, alimentação e atualização do InforSUS (Anexo IV); e,

III - ato formal da instituição do Setor de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde vinculado à estrutura da Secretaria de Saúde, quando existente.

Parágrafo único. Em 30 (trinta) dias, contados do término do prazo indicado para a conclusão do componente I do ProgeSUS, o gestor de saúde deverá apresentar à SGTES o relatório de sua execução.

Art. 10. A gestão do ProgeSUS e a aprovação dos projetos apresentados pelas três primeiras etapas do componente I competem ao Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (DEGERTS) da SGTES.

Parágrafo único. A gestão do ProgeSUS será exercida pelo Diretor de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde e, em seu impedimento, pelo Coordenador-Geral da Gestão do Trabalho em Saúde.

Art. 11. Fica constituída a Comissão Intergestores do Programa (CIP), com a seguinte composição:

I - três representantes do DEGERTS;

II - dois representantes do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), da SGTES;

III - um representante da Coordenação-Geral de Recursos Humanos (CGRH), da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde;

IV - um representante do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), da Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde;

V - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS); e

VI - dois representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS).

§ 1º Incumbe aos órgãos e às entidades relacionadas neste artigo a indicação de seus respectivos representantes.

§ 2º A indicação de que trata o § 1º deste artigo deverá ser feita por escrito e dirigida ao Diretor de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde.

Art. 12. Compete à CIP:

I - apresentar proposições sobre o conteúdo e a metodologia das ações de capacitação previstas no componente III e sobre o cronograma de desenvolvimento de cada ação;

II - apresentar proposições de melhoria para o funcionamento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios;

III - apresentar proposição referente aos indicadores que serão usados na avaliação do impacto do ProgeSUS no que tange ao fortalecimento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde de estados, do Distrito Federal e de municípios.

IV - acompanhar e apresentar proposições que contribuam para a eficaz execução do ProgeSUS;

V - avaliar e classificar os projetos apresentados pelas Secretarias Municipais de Saúde na 4ª etapa do componente I do ProgeSUS; e,

VI - definir o conjunto de dados que conformarão o Sistema Nacional de Informações em Gestão do Trabalho do SUS e a forma como os Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde irão alimentá-lo.

Art. 13. A CIP será coordenada pelo Diretor do DEGERTS, ou, por sua delegação, por qualquer outro membro.

Art. 14. A CIP contará com assessores técnicos, indicados pelo seu Coordenador, e poderá convidar especialista ou instituições para contribuir com a execução dos seus trabalhos.

Art. 15. Ao DEGERTS incumbe garantir os meios necessários à consecução das atribuições da CIP.

Art. 16. A CIP se reunir-se-á periodicamente ou sempre que convocada pelo seu Coordenador.

Art. 17. Para fazer face às despesas previstas nesta Portaria, serão alocados recursos dos exercícios financeiros de 2006 e 2007, onerando o Programa de Trabalho 1311 - Educação Permanente e Qualificação Profissional do SUS.

§ 1º O limite financeiro para o desenvolvimento do Componente I do ProgeSUS é da ordem de R\$ 6.356.500,00 (seis milhões trezentos e cinquenta e seis mil e quinhentos reais).

§ 2º Trinta por cento dos recursos de que trata o § 1º deste artigo serão destinados à execução da 4ª etapa do Componente I do ProgeSUS.

Art. 18. Os recursos destinados ao financiamento do componente do ProgeSUS de que trata o inciso I do artigo 2º serão transferidos fundo a fundo, em parcela única, observando-se o limite máximo fixado no edital.

Parágrafo único. Os mencionados recursos deverão ser aplicados, exclusivamente, na implantação ou no fortalecimento dos Setores de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde das Secretarias de Saúde, nos termos do disposto pelo inciso I do artigo 2º.

Art. 19. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 20. Fica revogada a Portaria nº 1.404/GM, de 29 de junho de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 124, de 30 de junho de 2006, seção 1 página 240.